劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

交通費用證明書

111 年 11 月

茲為證明受害人_____

於_____年_____月_____日_____時許發生交通事故致傷，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止，所支出之往返門診、轉診及出院等相關交通費用，爰列相關費用如下明細表。

此致

財團法人汽車交通事故特別補償基金

印

證　明　人：_____ (簽章)

身分證號碼：_____

中 華 民 國_____年_____月_____日

明　細　表

就醫日期	起　迄　地　點	單次金額	次　數	小　計
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	⟷			
	金額合計：新臺幣_____元整			